

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Mai 1899, à 1 heure

PAR

D.-M. GOURARI

Né à Fort d'Eisk (Russie) le 7 août 1868

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES

KYSTES ÉPIDERMIQUES

DES

Doigts et de la Main

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

HUMBERT et LEGUEU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Mai 1899, à 1 heure

PAR

D.-M. GOURARI

Né à Fort d'Eisk (Russie) le 7 août 1868

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

KYSTES ÉPIDERMiques

DES

Doigts et de la Main

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

HUMBERT et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

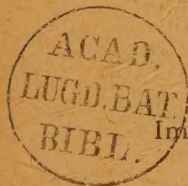
PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Hi-tologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		JOFFROY
dies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux ..		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Nous ne voulons pas cacher le plaisir profond avec lequel nous suivons l'usage traditionnel permettant aux étudiants, arrivés au terme de leurs études, d'apporter, *coram populo*, le témoignage de gratitude envers leurs Maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Il y a dans cet usage, croyons-nous, plus qu'une simple tradition. A la veille du jour où des devoirs nouveaux surgissent, on éprouve un réel besoin de dire, combien le lien moral qui unissait jadis si intimement les Maîtres aux élèves et réciproquement n'est pas encore devenu une fiction pâle et vide de sens. Certes, les « disciples » des époques antiques et du moyen-âge ont disparu derrière la foule moderne, anonyme et disparate des étudiants connus seulement par le numéro de leurs dossiers scolaires. Heureusement, cette dépersonnalisation n'est pas encore arrivée pour les Maîtres. Ils étaient, ils sont encore des personnalités vivantes imprimant une trace qui restera ineffaçable dans l'esprit des élèves qui les suivent soit à leurs cours, soit à la salle d'hôpital.

Qu'on nous permette donc de remercier ici tous nos maîtres et ceux en particulier qui ont plus di-

rectement guidé notre éducation médicale. C'est ainsi que dans le service du professeur agrégé, M. Schwarz, nous avons puisé nos premières notions élémentaires de chirurgie. De même, c'est auprès de M. le docteur Gilbert, professeur agrégé, qu'un enseignement clair, précis et suggestif, nous a profondément impressionné. Nous les en remercions très sincèrement.

Nous tenons par dessus tout à exprimer notre profonde reconnaissance à M. Monod, le savant chirurgien et professeur de la Faculté. Sous son inspiration, nous avons eu l'idée d'entreprendre cette étude. Et si nous avons réussi tant bien que mal à achever ce modeste travail, nous le devons à la bienveillance de M. Monod, qui nous a fourni nombre d'éléments et de matériaux mis à profit dans cette thèse, et nous a longuement prodigué ses conseils.

Qu'on nous permette encore d'apporter ici l'expression de notre admiration sans bornes pour l'éminent Maître, M. le professeur Potain. Le temps que nous avons passé dans son service, à la Charité, restera un de nos meilleurs souvenirs.

Non content d'initier ses élèves aux méthodes délicates d'examen du cœur et des poumons, Monsieur Potain faisait quotidiennement devant nous la démonstration de ce que peut devenir un médecin qui, suivant son expression propre, « joint l'éducation de l'esprit à celle des sens. »

Plus d'une fois, en spectateur enthousiasmé par le merveilleux art de diagnostic qu'il nous a été donné

d'admirer chez ce Maître incomparable, nous avons pensé que ce n'est peut-être qu'une stricte vérité, ces fières paroles inscrites sur le mur du grand amphithéâtre de l'Ecole : « Ils tiennent des dieux les principes qu'ils nous ont transmis. »

Que M. le professeur Tillaux, qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici nos plus sincères remerciements. Mais c'est encore à un autre titre que nous croyons devoir lui apporter le témoignage de notre gratitude. Pendant longtemps, nous avons pu apprécier ses magistrales leçons cliniques où se reflète, avec tant d'éclat, le caractère essentiellement clinique de l'enseignement médical en France.



INTRODUCTION

Quand notre vénéré maître, Monsieur le professeur agrégé Monod nous a proposé comme sujet de notre thèse inaugurale l'étude des kystes épidermiques de la main et des doigts, nous avons accepté cette idée avec un empressement particulier.

Il nous semblait qu'il s'agissait là d'une de ces « petites » questions tout-à-fait en rapport avec nos faibles forces. La connaissance plus intime du sujet nous a fait perdre bien vite cette illusion. Au dépens de notre propre expérience nous avons appris une fois de plus que l'existence des « petites » questions, au moins en pathologie humaine, est une légende et qu'elles ne sont petites qu'autant que nous les faisons telles. Le fait désormais incontestable que le traumatisme est susceptible de créer de toutes pièces le kyste épidermique du doigt donne lieu à toute une série de déductions. Ainsi, faisons cette remarque en passant, il n'est peut-être pas trop téméraire de supposer que dans la genèse des tumeurs en général le traumatisme est souvent plus qu'une simple cause prédisposante ou occasionnelle.

C'est là tout un horizon de vues lointaines et séduisantes à plus d'un titre. Mais nous nous sommes bien gardé de nous lancer dans cette direction, sachant bien que nous engager dans cette voie serait au-dessus de nos ressources. Nous avons exactement

délimité le domaine de notre étude par les deux questions suivantes que nous nous sommes posées :

Quelle est l'étiologie, la pathogénie des kystes épidermiques des doigts et de la main ?

Quelle est la réponse que pourrait nous donner à ce sujet la clinique, c'est-à-dire par l'étude attentive de toutes les observations publiées jusqu'à ce dernier temps ?

Mais tout en restant sur le terrain clinique, nous n'avons négligé aucune source d'informations. Nous avons interrogé l'anatomie pathologique aussi bien que l'expérimentation. Nous n'ignorons pas que le sujet à la fois difficile et intéressant de notre thèse demande un développement beaucoup plus large que nous ne lui avons donné. Et si l'on nous en fait reproche, la seule chose que nous pourrions dire pour notre excuse c'est : *quod potui feci potentes meliora faciant !*

Avant d'aborder le sujet même de notre travail, il nous reste à examiner une question préliminaire de terminologie.

Les tumeurs kystiques qui nous occupent ici ont été désignées par les auteurs très différemment. Pour les uns, ce sont des « tumeurs graisseuses », pour les autres « des kystes à contenu sébacé » ou bien à apparence sébacée ».

Il y en a d'autres encore qui les appellent « kystes dermoïdes », « tumeurs perlées ». Pour les Anglais ce sont des « kystes d'implantation », pour les Allemands « épidermoïdes », etc., etc. Depuis Troquart (1881), la plupart des auteurs semblent préférer la

dénomination de « kystes épidermiques », sans toutefois que l'accord sur ce point soit unanime. Les kystes épidermiques ne sont pas encore devenus « classiques » et, par conséquent, nous ne sommes pas déjà arrivés au moment où la tradition empêche toute tentative de terminologie rationnelle. Nombre de dénominations données par les auteurs, comme « tumeurs graisseuses, kystes à contenu sébacé », etc., ne sont pas du tout ou pas assez caractéristiques de l'affection dont il s'agit. Les termes « kyste épidermique », « épidermoïde », « kyste dermoïde », ont le défaut de faire préjuger de la nature et la pathogénie des kystes en question.

Ces termes inspirés par un raisonnement atteint lui-même d'un mal logique de la pétition de principe sont complètement à rejeter. L'opposition qu'on fait entre les termes « dermoïde » et « épidermique » n'a pas non plus de raison d'être, puisque les kystes « dermoïdes » congénitaux sont aussi bien épidermiques que les kystes dits « épidermiques ».

D'autre part, dans beaucoup de kystes épidermiques on ne trouve pas toutes les couches épidermiques. Très souvent les parois de ces kystes sont revêtues d'une ou de deux rangées de cellules épithéliales.

Nous verrons par la suite combien il est irrationnel de chercher la caractéristique des kystes des doigts dans la structure épidermique de leurs parois. La défectuosité de ce terme devient plus évidente encore quand on a présent à l'esprit que la nature de ces kystes n'est pas définitivement établie.

Si, comme nous le croyons, un certain nombre de kystes des doigts sont des kystes dermoïdes, la dénomination « épidermique » se contredit elle-même, puisqu'elle était précisément créée par opposition aux kystes dermoïdes.

Nous estimons que tous ces termes, plus ou moins ambigus, inexacts et contradictoires, devraient être bannis du langage scientifique.

Il nous semble que le meilleur nom à donner aux kystes des doigts et de la main serait : « kystes épithéliaux à contenu sébacé » ou « kystes épithéliaux » simplement.

Le nom que nous proposons et qui est déjà employé par quelques auteurs aurait l'avantage de ne rien préjuger quant à l'étiologie ou pathogénie, questions sujettes toujours aux discussions. Ce nom n'a pas la prétention de résumer les phénomènes observés, il ne fait que constater ce qui distingue réellement ces kystes de tous les autres qui ont leur siège aux doigts ou à la main ; ce qui permet d'appliquer ce nom aux kystes dits épidermiques aussi bien qu'aux kystes dermoïdes.

Nous ajoutons encore « à contenu sébacé », parce que dans tous les kystes, traumatiques ou congénitaux, on trouve presque toujours du sebum.

Comme nous ne savons pas d'avance jusqu'à quel point notre raisonnement sera reconnu juste, nous employons dans le cours des lignes qui suivent, indifféremment tantôt le terme de « kystes épithéliaux », tantôt celui de « kystes épidermiques ».

HISTORIQUE

L'étude des kystes épidermiques de la main et des doigts ou, comme nous préférons les appeler, kystes épitheliaux, est relativement récente. Comme beaucoup d'auteurs qui se sont occupés de la question, nous avons cherché en vain dans les traités, dictionnaires ou livres parus depuis trente ans, des indications bibliographiques sur l'existence de ces kystes.

C'est vers 1866 ou 1868 que ce genre de tumeurs est signalé pour la première fois.

Ici, se présente l'inévitable question de priorité. Si les questions de cet ordre sont si souvent l'objet de controverses et de discussions infinies, cela tient au moins en partie, croyons-nous, à ce que la question même de priorité est mal posée. Il importe fort peu de connaître quel est celui qui le premier a noté l'existence de l'affection que nous désignons actuellement sous le nom de « kystes épidermiques ». C'est un truisme de dire que les maladies sont de toute éternité, mais que seules nos idées sur celles-ci sont plus ou moins récentes.

Ainsi, dans le cas particulier qui nous occupe, nous cherchons uniquement à déterminer l'époque à laquelle remontent les premières notions scientifi-

ques sur la nature et la signification nosologique des tumeurs kystiques des doigts. Pour nous, la priorité doit être donnée à celui qui a le premier attiré l'attention sur cette entité morbide qui a différenciée suivant tel ou tel caractère cette variété de tous les autres kystes de la main, avec lesquels on a dû la confondre jusqu'à ce jour.

Le problème ainsi posé, les controverses des auteurs, discutant la priorité entre Rizet et Murron, perdent leur raison d'être. C'est Rizet qui, le premier, a nettement différencié les kystes épidermiques des kystes synoviaux de la main, en leur donnant successivement le nom de « tumeurs graisseuses » et de « kystes dermoïdes ».

Des trois observations relatées dans les *Archives générales de la Médecine*, 1886, deux au moins sont de véritables kystes épithéliaux. La preuve en est dans ce fait que trois caractères cliniques de ces kystes sont nettement constatés, à savoir : leur indépendance vis-à-vis des fléchisseurs sous-jacents, leur siège à la face palmaire des doigts et, enfin, l'aspect de leur contenu semblable à du « suif épais » ou à du « riz cuit ».

Avant d'aller plus loin, il convient de nous arrêter un peu ici, pour défendre Rizet contre lui-même. Il cite Velpeau comme l'auteur connaissant déjà cette affection. Nous avons cherché dans les « Leçons orales de chirurgie clinique » (1) un indice quelconque relatifs aux kystes épidermiques. Velpeau évidem-

(1) 1844, T. III, p. 450.

ment y parle des kystes synoviaux, puisqu'il dit qu'ils « se rencontrent surtout dans la bourse prérotulienne ». Or, ce n'est pas cette variété qui nous occupe.

Rizet cite encore un article dans la *Gazette des Hôpitaux*, de 1848, où on traite des kystes épidermiques, mais cet article est vraiment introuvable. Lalitte, Guermonprez, Labougle et nous-mêmes nous l'avons cherché en vain.

Dès que l'attention des cliniciens fut attirée sur cette affection, les observations ne tardèrent pas à venir en nombre de plus en plus considérable.

Murron (1868), Gibier (1881), Polaillon (1884), ont décrit un certain nombre de tumeurs sous le nom de kystes dermoïdes.

Gillette (1875), en France, et nombre d'auteurs à l'étranger ont rapporté des cas de kystes épidermiques incontestables qui ont été pris pour des kystes sébacés. « athéromes », etc.

C'est avec Demay, en 1880, que paraît le premier travail d'ensemble sur les kystes qui nous occupent.

Dans sa thèse intitulée : « Etude clinique et histologique de certaines tumeurs de la main », l'auteur émet l'opinion que ces tumeurs appartiennent au groupe des adénomes d'origine sudoripare en train de subir la dégénérescence cornée.

L'année suivante, Troquart publie dans le journal de Médecine de Bordeaux, en 1881, l'observation d'une journalière à qui il a enlevé un kyste épidermique siégeant à la pulpe de l'annulaire droit. Cet auteur

a même créé le terme « kyste épidermique » qui est employé depuis en France, à l'exclusion des autres termes. En 1883 et 1885 Micault, dans sa thèse inspirée par le professeur Gross et Gross lui-même dans un travail publié postérieurement inaugurent une date nouvelle dans l'histoire scientifique des kystes épidermiques. Avant les travaux de Gross et de Micault les auteurs se bornèrent à rapporter des observations sans se préoccuper outre mesure des questions d'étiologie et de pathogénie. Tout au plus rangeait-on les tumeurs observées sous les rubriques nosographiques adoptées déjà par la science depuis longtemps. On en faisait des kystes par rétention, des adénomes sudoripares, etc. Gross, au contraire, chercha à établir que les kystes épidermiques des doigts se forment par un processus pathogénique particulier. Sous l'influence d'un traumatisme, une portion limitée de l'épiderme pénètre dans le tissu sous-cutané, s'y greffe, dégénère dans sa portion centrale et par ce mécanisme il se forme un kyste épithélial à contenu cébacé. Cette tendance à expliquer la formation des kystes épidermiques par un processus unique et exclusif n'a pas tardé à rencontrer un courant contraire non moins exclusif. Lalitte dans sa thèse de 1885 et Guérmonprez dans son travail de 1886 considèrent que les kystes épidermiques sont toujours congénitaux, c'est-à-dire dermoïdes.

En 1887, J. Reverdin, de Genève, reprend la question et se basant sur 32 observations qu'il a réunies soumet à un nouvel examen la pathogénie et l'étiolo-

gie des kystes épidermiques. Comme on pouvait s'y attendre Reverdin à l'esprit duquel l'idée de greffe épidermique est si familier, conclut avec Gross au traumatisme comme étiologie et à l'inclusion épidermique comme pathogénie. On ne peut citer qu'un seul travail où ces deux courants ont trouvé, paraît-il, leur synthèse, c'est la thèse très documentée de Labougle, intitulée : Anatomie pathologique et pathogénique des kystes épidermiques de la main. Bordeaux 1889. Labougle croit que les kystes en question doivent être considérés comme appartenant à 2 catégories : Kystes dermoïdes et kystes par inclusion épidermique traumatique. Enfin, les derniers travaux parus en France sur ce sujet sont deux thèses de Paris, l'une de Manny (1895) et l'autre de Cabello (1897).

Sans avoir apporté beaucoup de nouveaux éléments, les auteurs reviennent aux idées de Gross et de Reverdin, en admettant comme cause directe des kystes épidermiques la greffe par traumatisme. A l'étranger ce sujet préoccupait beaucoup moins les auteurs. En Angleterre, en Allemagne, on trouvait jusqu'à ces dernières années quelques rares observations de Doland, Savage, Godlee, Hulke, Kuster, Billroth, Weil, Bohm, etc. Depuis une dizaine d'années à peine les travaux sur cette question sont devenus plus nombreux.

Il convient de citer à cet égard le rapport de Chiari au Congrès international de Berlin de 1890, le travail très documenté de Garré, in Beitrag. zur

klin. chir., 1894, les articles de Franke in Arch. f. clin. chir., 1887 et in Centralbl. f. chir., 1898, des travaux très intéressants de Ribbert, etc. A l'étranger comme en France, nous retrouvons les mêmes discussions à propos de l'étiologie et pathogénie des kystes épidermiques, la théorie de kystes dermoïdes d'une part et la théorie d'inclusion épidermique par traumatisme de l'autre.

En résumé, nous pouvons caractériser l'état actuel de la question des kystes épidermiques de la façon suivante :

Les savants se trouvent divisés en trois camps. Dans l'un on défend la théorie pathogénique par inclusion traumatique. Dans l'autre, on admet que tous les kystes dits épidermiques sont congénitaux et que le traumatisme ne joue qu'un rôle secondaire de cause occasionnelle ou plutôt d'une condition prédisposante. Contre ces deux camps, tous les deux aux tendances unicistes et exclusives se dresse un troisième, celui-là dualiste. Les partisans de cette dernière théorie cherchent à concilier les opinions extrêmes, en admettant que les kystes des doigts sont tantôt d'origine traumatique, tantôt d'origine congénitale. C'est précisément la thèse que nous cherchons à faire prévaloir dans l'exposé qui suit.



ÉTIOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Age. — En parcourant les observations, il est facile de constater que les kystes des doigts se rencontrent surtout à l'âge adulte, entre 40 et 50 ans. Au dessus et au-dessous de cet âge, la fréquence de ces tumeurs diminue progressivement. On n'a qu'une seule observation du kyste survenu à l'âge de 3 ans, de même un seul cas à l'âge de 72 ans.

Profession. — La grande majorité des kystes ont été observés dans la classe ouvrière.

Nous ne sommes en possession que de 3 observations, dont les 2 premières se rapportent à des médecins et une à un négociant.

Sexe. — Le sexe masculin prédomine manifestement au point de vue de la fréquence des kystes épithéliaux des doigts. Sur le nombre total des observations on a 70 hommes ou 91 o/o et 7 femmes ou 9 o/o.

Cause directe. — La question de la cause directe, efficiente est un des points les plus importants de

l'histoire nosologique des kystes des doigts. Il est aisé de remarquer que les auteurs modernes tendent de plus en plus à ne voir dans l'étiologie de ces kystes qu'un seul et unique phénomène : traumatisme avec plaie. Même là où l'anamnèse ne le relève pas ils le supposent. Il y a lieu ici de rechercher jusqu'à quel point cette opinion est justifiée par les faits observés, juges suprêmes dans tout ce qui est clinique. Reverdin, l'auteur d'un des travaux les plus complets sur ce sujet, a noté 11 cas de traumatisme sur 32 observations qu'il a réunies. Mais cette statistique est encore sujette à caution. Le kyste observé par Villar, compris par Reverdin dans le nombre de 11 cas traumatiques, doit être mis hors de cause pour la raison bien simple que la tumeur kystique s'est développé ici sur un doigt autre que celui qui a subi le traumatisme. Il y a encore la 1^{re} observation de Gross où la tumeur est survenue 24 ans après le traumatisme. En bonne arithmétique sur 32 cas réunis par Reverdin nous n'avons que 9 cas où l'étiologie traumatique est plus ou moins incontestable. Cabello qui, lui aussi a réuni 25 observations des kystes des doigts a noté le traumatisme comme étiologie 15 fois. Mais ici encore il faut voir de plus près pour apprécier de quel traumatisme il s'agit ? Pour avoir le droit de rapporter l'étiologie d'une tumeur kystique du doigt à un traumatisme il faut de toute évidence que celui-ci s'accompagne d'une plaie. Une simple contusion sans solution de continuité de la peau n'éclaire naturellement en rien

l'étiologie. Or, nous voyons que dans le cas de Weil le mode de traumatisme n'est pas indiqué. Il est donc impossible de juger si l'on a affaire à une simple contusion ou à une plaie. La 1^{re} observation de Péraire, intitulée : kyste épidermique *traumatique* est complètement muette sur la question du traumatisme.

Il en est de même de sa 2^e observation. Si malgré l'absence de tout accident traumatique antérieur, l'auteur rattache ces deux cas à la catégorie des kystes traumatiques, c'est en raison de sa théorie particulière que nous appelons théorie des micro-traumatismes. Nous en parlerons avec plus de détails lorsque nous arriverons à la pathogénie. La conclusion est que les 15 cas de Cabello se réduisent à 11 observations (1) où le traumatisme était réellement noté. A notre tour, nous avons réuni 20 observations des kystes épithéliaux des doigts où le traumatisme avec plaie était nettement indiqué 8 fois (2).

En faisant le relevé complet des observations qui ont été, à notre connaissance, publiées dans la littérature médicale, nous trouvons sur le nombre total des kystes épidermiques 28 fois des accidents traumatiques susceptibles d'être rattachés à leur étiologie. Est-ce à dire que tous les autres cas sont sûrement des kystes non traumatiques ? Ce serait aller trop

(1) Cabello a compris dans le nombre de 15 kystes traumatiques, un cas de verchère sur lequel, dit-il lui-même, les détails manquent.

(2) Quelques auteurs, tout en invoquant dans leurs observations le traumatisme comme cause étiologique, ne précisent pas toujours s'il s'agit d'une plaie ou d'une simple contusion.

loin. Nous n'ignorons pas — et certains auteurs en font la juste remarque — que les anciens chirurgiens n'ont pas recherché le traumatisme avec assez de soin. Mais si cette objection est juste, il ne faut pourtant pas exagérer sa portée. Et pour l'apprécier à sa juste valeur, il suffit de prendre en considération les observations parues depuis le travail de Gross et surtout de Reverdin. Depuis que le dernier auteur a attiré l'attention des chirurgiens sur l'étiologie traumatique des kystes épidermiques, il n'y a plus à reprocher aux auteurs de ne pas chercher avec assez de soin le traumatisme dans les antécédents des malades. C'est le contraire qui serait plutôt vrai, puisque, nous le verrons, nombre d'auteurs, ne trouvant pas de véritables traumatismes avec plaie, cherchent leurs quasi-équivalents dans l'effet accumulé des petites contusions répétées. Eliminons donc du nombre total des observations celles qui ont été publiées avant l'article souvent cité de Reverdin. Nous avons $77 - 30 = 47$.

Ainsi, il reste, sur le total de 47, toujours 28 observations où le traumatisme n'était pas trouvé alors qu'il était recherché non seulement avec un soin suffisant, mais — il faut le dire — avec un zèle particulier.

Il ressort de la discussion que nous venons de faire la conclusion suivante : *à côté des kystes épidermiques d'origine traumatique, il existe d'autres kystes dont la genèse doit être cherchée en dehors des influences directes du traumatisme.* Quelle est alors l'étiologie de

ces derniers ? Nous essaierons de répondre à cette question après avoir abordé l'étude anatomo-pathologique et pathogénique des kystes épithéliaux des doigts.

L'étude anatomo-pathologique des kystes épithéliaux des doigts date de Murron. C'est notamment cet auteur qui donna le premier la description, fort concise d'ailleurs, d'une tumeur kystique à contenu puriforme et à parois constituées par des cellules épithéliales aplaties, entremêlées de tissu conjonctif. Depuis les travaux se sont multipliés, surtout à l'étranger où on s'appliquait à les étudier particulièrement au point de vue anatomo-pathologique.

Nous donnons ici un résumé rapide de l'histologie des tumeurs qui nous occupent. Mais avant disons quelques mots sur leur siège et leur consistance. La face palmaire de la main et surtout des doigts est le siège habituel sinon exclusif des kystes épidermiques. Une fois seulement le kyste épidermique a été constaté à la face dorsale de la main.

Faisons, en passant, la remarque, que nous ne parlons ici que des kystes des doigts et de la main. Les kystes d'autres régions, signalés dans 5 ou 6 cas par différents auteurs, ne peuvent nous occuper dans cette étude. La consistance des tumeurs kystiques varie suivant le degré de la distension ou de la quantité du contenu, etc. Mais le plus ordinairement la consistance est celle d'un kyste sébacé avec ses caractères habituels : dureté et rénitence.

La structure histologique des kystes épidermi-

ques présente à envisager séparément la cavité et les parois.

La cavité est remplie de cellules épithéliales détachées, dont le plus grand nombre a subi la dégénérescence grasseuse ou colloïde. On y trouve en outre des cristaux de cholestérine.

Quant aux parois, les auteurs donnent comme « type » de leur structure histologique la description suivante. En allant de dehors en dedans, vers la cavité du kyste on trouve :

I. Une couche conjonctive, formant la coque fibreuse du kyste ;

II. Une couche stratifiée de cellules cylindriques ou poliédriques à gros noyau. Les cellules de la rangée la plus interne sont dentelées comme celles du corps muqueux de Malpighi ;

III. Au-dessous, deux ou trois rangées de cellules granuleuses à grains d'éléidine, analogues à celles du stratum granulosum de la peau ;

IV. Une couche de cellules sans noyaux, ce qui représente le stratum lucidum ;

V. Enfin, quelques rangées des lames épidermiques dépourvues de noyaux ou stratum corneum.

Donc les 5 zones classiques de l'épiderme.

Malheureusement, cette description par trop schématique est loin de répondre à la réalité des faits constatés. Elle est si peu typique qu'on peut dire sans aucune exagération qu'il est tout-à-fait excep-

tionnel de trouver dans les parois des kystes dits épidermiques la structure complète de l'épiderme. Dans la grande majorité des cas la couche si caractéristique de l'épiderme, celle de Malpighi fait complètement défaut. Ce qui est typique c'est-à-dire constant et invariable c'est la présence d'une couche, stratifiée ou non, des cellules épithéliales. C'est notamment ce qui nous a engagé à vouloir substituer la dénomination de kystes épithéliaux à celle de kystes épidermiques. Ce revêtement épithélial n'est pas toujours continu. Très souvent il n'entre que partiellement dans l'architecture structurale des kystes épidermiques. Dans l'observation de Kummer et Christiani, la coupe microscopique de la paroi ne présente pas des zones, on n'y voit qu'une seule couche où les cellules les plus profondes comme les plus superficielles, présentent le même aspect.

Quant aux théories pathogéniques nous n'insisterons un peu longuement que sur celles qui présentent le plus d'intérêt.

Théorie de la rétention. — La première en date est la théorie de la rétention des glandes sébacées et sudoripares. Pour Kuster, Bilroth et quelques auteurs anglais les kystes épidermiques ne sont pas des kystes sébacés vulgaires. Kuster admettait l'existence des glandes sébacées aberrantes à la paume de la main. Il n'y a rien d'impossible *a priori* dans cette hypothèse, toujours faut-il l'appuyer sur une base quelconque. Or voici ce que nous dit à cet effet Kuster : « On sait que la face palmaire de la main ne pos-

sède ni poils, ni glandes sébacées ; cependant celles-ci doivent se présenter çà et là isolées, comme *les observations le montrent* (?) ; ces glandes aberrantes deviennent d'autant plus facilement malades qu'à la paume de la main elles sont plus exposées à des traumatismes fréquents. » (Cité d'après Reverdin.)

Comme le fait justement remarquer Reverdin il n'y a dans ces paroles de Kuster qu'une simple pétition de principe. La théorie sébacée doit être rejetée comme dénudée de tout fondement.

Théorie sudoripare. — Demay a émis l'hypothèse que les kystes épidermiques pourraient se former aux dépens d'une glande sudoripare oblitérée. Sans parler de ce fait que les glandes sudoripares sont situées très profondément, au-dessous du derme, il est difficile d'admettre que les cellules épithéliales sudoripares puissent subir le processus de kératinisation. Du reste, les glandes sudoripares ont été rarement observées à l'intérieur même des kystes, mais seulement à leurs limites externes.

Théorie de l'inclusion traumatique ou de la greffe accidentelle. — C'est la théorie qui réunit aujourd'hui, le fait n'est pas à nier, le plus grand nombre des suffrages. Nous dirons d'avance que nous ne voulons pas combattre cette théorie, dont nous reconnaissons tout le bien fondé. Ce qui ne nous paraît pas justifié par les faits rigoureusement étudiés, c'est l'exclusivisme de la plupart des partisans de la théorie en question qui s'obstinent à invoquer le mécanisme d'inclusion traumatique même là où l'observation impartiale et

attentive ne les y autorise pas. Ceci dit, reprenons notre sujet.

Il faut revenir à Gross, en 1885, pour voir la première fois nettement formulée la théorie d'après laquelle les kystes épidermiques se forment par suite d'implantation d'une portion d'épiderme, entraînée par un accident traumatique dans la profondeur du tissu sous-cutané. Cette théorie de la greffe épidermique avait pour elle, toutes les analogies, toutes les probabilités, mais surtout elle avait pour argument, le fait clinique capital, que les tumeurs kystiques se développent à l'endroit précis qui avait subi un traumatisme préalable. Mais la clinique était incapable de démontrer que le traumatisme agissait précisément par le mécanisme d'une greffe épidermique. L'idée si ingénieuse de Gross restait donc toujours une vue d'esprit. Il lui manquait une preuve expérimentale.

Cette lacune n'était comblée que par les célèbres expériences du professeur Masse, dont on peut lire les détails les plus circonstanciés dans une série de communications à la Société de Chirurgie et à l'Académie des Sciences et enfin dans son livre, publié en 1886 et intitulé : *Kystes, tumeurs perlées, etc. de l'iris*, Paris. En introduisant des lambeaux cutanés, des portions des membres, etc. dans le péritoine de jeunes rats, Masse a réussi à reproduire des véritables kystes dermoïdes, puisqu'on trouvait en eux de la graisse, des cellules épidermiques, des poils, etc. L'inclusion artificielle sous-cutanée donnait des résultats non moins confirmatifs. Enfin, introdui-

sant chez les lapins, dans la chambre antérieure de l'œil, de petits lambeaux de peau, Masse constatait que ceux-ci se transformaient avec le temps, tantôt en tumeurs épithéliales, tantôt en kystes.

Depuis cette époque, on a entrepris en France et à l'étranger, un certain nombre d'expériences analogues qui toutes ont confirmé les résultats obtenus par Masse. Parmi ces expériences, il convient de citer, celles de Lannelongue, Kauffmann, Schweninger, Hosch, Doormal, Ribbert et d'autres.

La théorie d'inclusion épidermique par traumatisme prévue par la clinique, est confirmée d'une façon incontestable par l'expérience. Mais ce processus pathogénique est-il le seul qui préside à la genèse des kystes épithéliaux des doigts ? C'est ce que nous allons voir dans les lignes qui suivent.

Théorie du kyste dermoïde congénital.

Nous avons vu, dans l'historique, que Lalitte, Guermontprez, pensèrent que les kystes épidermiques ne sont autre chose des kystes dermoïdes congénitaux. Ces auteurs tirèrent leur principal argument de l'absence de toute trace de traumatisme dans beaucoup d'observations des kystes épidermiques. C'est un fait dont les partisans de la théorie exclusivement traumatique devaient *nolens volens* tenir compte. Quelques-uns ont voulu parer la portée de cet argument par des objections dont la valeur nous paraît être assez médiocre. Nous avons déjà fait ailleurs la justice de la supposition de Cabello d'après laquelle l'étiologie traumatique n'était pas recherchée avec

« assez de soin ». Il nous faut examiner ici une autre objection à laquelle nous avons déjà fait allusion en la désignant sous le nom de théorie des micro-traumatismes. Poulet, Péraire, Manny croient que des heurts fréquents, des frottements répétés à la paume la main pourraient être l'équivalent d'une plaie traumatique accidentelle.

« Ce traumatisme, dit Péraire, n'est pas purement accidentel, c'est plutôt une série de violences répétées, résultant de la profession de chacun des malades et produisant son effet à une échéance plus ou moins longue. »

Comme il s'agit d'une région où l'épiderme est très épais, il est évident que l'inclusion sous-dermique n'est possible que s'il y a une plaie de quelques millimètres de profondeur. D'autre part, l'expérimentation a établi que cette implantation est surtout favorisée par une plaie de certaine nature ; elle doit être relativement large et profonde, obtuse, à bords déchiquetés.

A ce point de vue, le mode même de traumatisme nous importe peu. Ce qui est à considérer c'est le résultat final qui doit être toujours une plaie et rien qu'une plaie. Les heurts fréquents et répétés dont parlent ces auteurs ont-ils pour effet la formation d'une plaie, le seul élément dont nous avons à tenir compte. Evidemment non, puisque la théorie même des micro-traumatismes est inventée *ad hoc*, pour se tirer d'embarras, quand il est impossible d'en faire la constatation.

Mais ce n'est pas tout. On doit tenir compte de

ce fait que l'épiderme a sa façon particulière de se défendre contre des heurts et des pressions habituelles.

Sous l'influence des petits traumatismes conditionnés par la profession, l'épiderme non seulement ne s'ulcère pas, mais, au contraire, tend à s'hypertrophier, à s'épaissir. Les durillons forcés des ouvriers en font la démonstration quotidienne. Mais les adversaires de la théorie de kyste dermoïde ont d'autres objections à faire, d'une valeur plus considérable.

Ces objections sont au nombre de trois.

La première est tirée de l'histologie pathologique. Quelques auteurs invoquent le témoignage du microscope pour prouver que les kystes épithéliaux des doigts ne sont pas, ne peuvent être des kystes dermoïdes. Il nous semble que ce témoignage tout respectable, qu'il soit, ne peut être décisif dans la question qui nous intéresse. Il n'existe à la rigueur aucun caractère permettant de faire le diagnostic microscopique entre les kystes dermoïdes et les kystes épidermiques. En effet, le contenu est absolument identique dans les kystes épidermiques et les kystes dermoïdes de la première variété de Lebert : c'est toujours une masse pâteuse, demi-liquide, blanche ou jaunâtre, formée de cellules épidermiques de graisse, de cholestérine.

La présence ou absence des papilles, des ongles, des poils, peuvent-ils servir, comme l'admettent beaucoup d'auteurs, au diagnostic différentiel entre les kystes épidermiques et dermoïdes ? Il n'en est rien.

Il existe une variété de kystes dermoïdes qui ne présente jamais d'ongles ni de poils et dont les parois sont constituées exclusivement par des cellules épidermiques, de sorte que le professeur Bard affirme que « les kystes dermoïdes sont plutôt épidermoïdes ».

Labougle a parfaitement raison, en disant que « les kystes dermoïdes de la première variété de Lebert et les kystes épidermiques présentent la même structure et sont susceptibles comme eux, des mêmes variations dans la constitution de la paroi et dans la nature du contenu. Comme eux, ils offrent une paroi conjonctive doublée à sa face interne d'une couche épithéliale de nature épidermique ; ils ont un contenu d'aspect identique et formé par les mêmes éléments ».

Nous pouvons ajouter aux paroles de Labougle une dernière remarque :

Si les kystes dermoïdes des doigts sont caractérisés surtout par une « grande et constante simplicité » (Manny) ; il n'y a rien là que de très naturel. Il s'agit d'une région où les poils et les glandes manquent normalement et l'on comprend facilement pourquoi l'inclusion congénitale de l'épiderme de cette région donne lieu aux kystes d'une structure anatomique si simple.

Reverdin, le savant chirurgien de Genève, a contribué plus que tout autre à rendre populaire l'idée d'origine traumatique des kystes épidermiques. Il nous est donc particulièrement agréable de conclure cette partie de notre étude par ses propres paroles :

« *La question de la véritable nature et de l'origine des kystes des doigts ne peut être tranchée par leur étude histologique.* »

La seconde objection qu'on fait à la théorie du kyste dermoïde est basée sur la considération de l'âge. « L'argument, dit à ce propos Reverdin, tiré de l'âge, bien loin d'amener à considérer ces tumeurs comme des kystes dermoïdes, tend, au contraire à les en séparer ». Reverdin pose en principe que les kystes développés après 30 ans ne doivent pas être considérés comme des kystes dermoïdes dont l'apparition est beaucoup plus précoce. Le point de départ de cette conclusion est faux. Voici la statistique des différents auteurs sur l'âge d'apparition des kystes dermoïdes de l'ovaire :

Lebert, sur 57 cas, entre 38 et 40 ans...	12 cas
— — — — — 40 et 50 ans...	25 cas
Pauly, sur 105 cas, entre 30 et 40 ans...	21 cas
— — — — — 40 et 50 ans...	39 cas
Lannelongue (statist. person.), sur 24 cas	
entre 30 et 40 ans....	3 cas
— — — — — 40 et 50 ans....	9 cas

On voit que l'âge auquel les kystes dermoïdes apparaissent le plus fréquemment est entre 40 et 50 ans. Au chapitre sur l'étiologie nous avons établi que *c'est précisément l'époque de la plus grande fréquence des kystes épidermiques des doigts.*

Il en ressort que l'argument tiré de l'âge tourne

plutôt contre la théorie qu'il était appelé à défendre. Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les preuves négatives, *argumenta a contrario*, en faveur de la théorie du kyste dermoïde. Mais l'existence des kystes dermoïdes des doigts est aussi confirmée par l'observation directe des cas ne laissant aucun doute sur leur nature. Manny cite 3 observations où il a été noté la présence, à l'intérieur des kystes, des papilles, des glandes et des poils. Ce sont celles de Villar, de Heydenreich et de Garré. Nous avons trouvé, à notre tour une 4^{me} observation. Elle est de Chiari. Dans tous ces cas la preuve apportée par l'examen histologique est décisive.

Des kystes où on trouve des poils et des glandes ne peuvent être autre chose que les kystes dermoïdes de la 2^{me} variété de Lebert. Ceci est d'autant plus significatif, que même en admettant en principe l'existence des kystes dermoïdes aux doigts on ne pouvait s'attendre à les trouver d'une structure si complexe dans une région superficielle et dépourvue normalement de glandes et de poils. Cabello, notant l'existence de deux cas, les seuls connus de lui, des kystes dermoïdes s'exprime ainsi : « Mais ces deux cas en face des 55 autres cas qui restent, c'est une quantité trop négligeable pour en tenir compte ». Nous pouvons répondre à cette remarque par une autre qui est celle-ci.

S'il y a quelque part des « quantités négligeables » ce n'est assurément pas en médecine.

Ici comme dans toute science basée sur l'obser-

vation inductive, tel fait est aussi souverain que tel autre.

Les 4 observations citées prouvent pour le moins que les doigts *peuvent* devenir le siège des kystes dermoïdes, et ceci nous amène à une autre déduction ainsi formulée. Il existe un certain nombre de kystes des doigts où le traumatisme soigneusement recherché ne peut être signalé comme étiologie. D'autre part, pour des raisons que nous avons déjà exposées, l'examen histologique n'était nullement susceptible, dans tous ces cas, de trancher la question sur la nature de la tumeur.

Il est donc fort probable, que dans toutes les observations de cette catégorie il ne s'agissait que des kystes dermoïdes congénitaux. Pour être complet il nous faut peut être signaler une dernière objection contre la théorie du kyste dermoïde. Elle est basée sur la considération qu'il est difficile, dit-on, d'expliquer au point de vue embryologique la localisation des kystes dermoïdes aux doigts.

Nous avons trouvé dans les auteurs quelques tentatives de concilier cette localisation avec les notions, qu'on a sur le développement embryonnaire des doigts. Nous sommes très mal préparés pour prendre part à cette discussion d'ordre purement théorique.

Ce qui nous importe au point de vue clinique où nous nous sommes placés, c'est le fait même. Or le fait est réel, quant à son explication embryologique,
Gourari

si cellé d'aujourd'hui n'a pas de valeur, on sera forcé d'en trouver demain une meilleure.

Nous résumons ce chapitre par les conclusions suivantes :

L'inclusion épidermique par traumatisme n'est pas le seul facteur qui préside à la formation des kystes épithéliaux des doigts. A côté des kystes, dont l'origine traumatique est manifeste, il y en a d'autres, d'origine congénitale et appartenant à la variété de kystes dits dermoïdes.

Si les facteurs initiaux sont différents, le processus pathogénique est le même pour les deux variétés de kystes : tous, ils se forment par suite de l'implantation dans la profondeur du tissu sous-épidermique des particules cutanées qui s'y développent et subissent la dégénérescence kystique.



DIAGNOSTIC

Nous croyons utile de faire précéder l'étude du diagnostic différentiel par un exposé rapide de la symptomatologie et de la marche des kystes épidermiques des doigts.

Le début de cette affection est lent et insidieux. Dans les cas où il s'agissait d'un traumatisme comme étiologie c'était quelquefois plusieurs années après le traumatisme subi que le malade s'apercevait qu'il portait une grosseur à la main. A l'inspection, on constate une tumeur du volume d'un pois, d'une cerise et plus rarement d'une grosse noix. La peau qui recouvre la tumeur est lisse, régulière, sans bosselure, de configuration sphérique ou ovoïde. La peau ne présente en outre ni transparence ni aucune modification dans la coloration. A la palpation les kystes des doigts offrent les caractères ordinaires des kystes sébacés ; dureté et renitence. Dans la grande majorité des cas les kystes jouissent d'une mobilité complète, plus rarement ils sont adhérents à la peau et même, exceptionnellement, aux parties profondes. Et si dans la plupart des cas les kystes sont indépendants des fléchisseurs sous-jacents il ne serait pas exact d'en

faire leur caractère en quelque sorte pathognomonique, comme Reverdin et d'après lui, d'autres auteurs sont portés à le croire. Les kystes épidermiques des doigts sont indolores. Cette règle générale est presque sans exceptions, et même là où elle était notée il y avait plutôt gêne que véritable douleur. D'autres phénomènes généraux : engorgement ganglionnaire, mauvais état général, etc., manquent d'une façon absolue. Quoique rares, quelques complications se produisent néanmoins, on a observé des ulcérations de la peau, suppuration de la poche, fistules persistantes et compression des filets nerveux. On n'a jamais vu ces tumeurs rétrocéder et comme en même temps elles n'altèrent en rien la santé générale, on peut dire que leur durée est infinie et ne prend fin que le jour de l'intervention chirurgicale.

Avec quoi peut-on confondre les kystes des doigts? Il y a lieu tout d'abord d'éliminer les tumeurs dites malignes : carcinome, sarcome, cancroïde. L'engorgement ganglionnaire, l'aspect ulcéré de la surface, etc., suffisent amplement pour rendre toute confusion impossible. Le diagnostic est plus difficile dans certains cas, avec des lipomes quand ceux-ci ne se présentent pas avec leurs caractères classiques de mollesse et de lobulation. La considération tirée de la rareté même des lipomes dans cette région n'est pas d'un grand secours pour le diagnostic puisque les kystes épidermiques, eux aussi sont rares. Nous ne voyons pas d'autre moyen de faire le diagnostic dans

ces cas de ponction exploratrice, d'autant plus qu'on a signalé des lipomes d'origine traumatique.

Le diagnostic avec les fibromes est encore moins aisé. Nous ne parlons pas ici des fibromes pédiculés avec lesquels la confusion n'est pas possible. Mais nous avons en vue d'autres fibromes, petits, non pédiculés, résumant en eux absolument toute la symptomatologie des kystes que nous étudions ; même dureté, même évolution lente, progressive, indolore, enfin, même signes négatifs : absence d'engorgement ganglionnaire, état général bien conservé, etc.

Ici encore il n'y a que la ponction exploratrice qui puisse, à notre avis, entraîner la certitude. Par contre, il est fort peu possible de confondre les kystes épidermiques avec les « ganglions » ou kystes folliculaires. Ces derniers siègent le plus habituellement au poignet où les kystes épithéliaux n'ont jamais été observés. Et même quand les kystes folliculaires se forment aux dépens des synoviaux des doigts, l'erreur est facilement évitée puisque les ganglions se déplacent par les mouvements imprimés aux tendons fléchisseurs, caractère qui n'appartient pas aux kystes qui nous occupent ici.

Reste la dernière question à examiner, c'est de savoir s'il est possible de différencier entre elles au point de vue clinique les deux variétés de kystes des doigts. Il est inutile de chercher les éléments de diagnostic dans le tableau clinique des signes et de la marche. Il est absolument le même pour les kystes

épidermiques traumatiques aussi bien que pour ceux d'origine congénitale.

Nous croyons que ce diagnostic différentiel n'est possible que dans un seul cas. C'est quand il s'agit d'un kyste qui s'est développé exactement au siège d'une plaie traumatique antérieure. D'ailleurs, ce diagnostic, à supposer même qu'il fût toujours possible, n'aurait qu'un intérêt théorique, car dans les deux cas, le traitement est le même. Contrairement à l'opinion de Cabello, nous ne croyons pas que le diagnostic des tumeurs kystiques des doigts soit toujours très aisé. Au contraire, souvent il est difficile, quelquefois même impossible, si l'on n'a pas recours à la ponction exploratrice.



PRONOSTIC ET TRAITEMENT

« Si la plupart du temps nous n'avions affaire à des ouvriers gênés dans leur travail, nous pourrions dire que l'esthétique seule se trouve gravement intéressée par les kystes épidermiques des doigts. »

Ces quelques lignes empruntées à la thèse de Lalitte résume, à notre avis très heureusement le pronostic de ces tumeurs. Affection toute locale, elles ne se généralisent pas, n'altèrent en rien la santé et ne récidivent pas après une ablation tout à fait complète. Les rares complications : rupture de la peau, inflammation et quelques autres que nous avons déjà signalé ailleurs ne saurait modifier le pronostic en somme très favorable.

Quant au traitement il n'y a plus lieu de discuter la question de l'application des caustiques. C'est un procédé douloureux, parfaitement aveugle en ce sens qu'il est impossible de régler son action en étendue et cet inconvénient est d'autant plus important que les kystes des doigts siègent quelquefois très près des gaines tendineuses.

Le seul traitement rationnel, efficace et inoffensif

quant aux suites opératoires est l'extirpation complète au bistouri. Nous n'insistons pas sur la description du mode opératoire même, dont la technique ne présente ici rien de particulier.



OBSERVATIONS

De la totalité des observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale nous ne mentionnons ici que celles qui n'ont pas encore été citées dans les travaux français.

OBSERVATION I, II.

F. Franke. Kystes épidermiques de l'éminence thénar en voie de dégénérescence carcinomateuse (Virchow's archiv. 1890, t. 121, p. 444).

Il s'agit d'un malade de 40 ans, qui en avril 1887 s'aperçut de la présence à l'éminence thénar de la main droite d'un petit tubercule douloureux. Quelques mois après un autre tubercule analogue s'est développé à côté du premier et tous les deux évoluaient lentement. La peau qui les recouvrait n'était jamais enflammée. Dans l'étiologie on ne trouve qu'un traumatisme de l'éminence thénar, sans plaie consécutive. Après l'énucleation des deux tumeurs en

question, on n'a pas constaté de récidence. L'examen microscopique détaillé de ces deux néoformations démontra qu'elles avaient la structure typique des kystes épidermiques, en voie de dégénérescence carcinomateuse.

OBSERVATION III

E.-M. Briggs. Kyste épidermique d'un doigt. (Boston medical and surgical Journal, 1895, p. 7).

Un malade, âgé de 42 ans, vint au commencement de Mars 1895 à l'hôpital pour une tumeur volumineuse siégeant sur la dernière phalange de l'index, à sa face palmaire. La tumeur, de forme irrégulière, était tendue, fluctuante, un peu douloureuse à la pression. L'histoire de la maladie était incomplète, de sorte qu'aucun diagnostic n'a pu être posé avec certitude. L'auteur injecta de la cocaïne et il s'écoula après extraction de l'aiguille quelques gouttes d'un liquide laiteux.

L'auteur fit un lambeau en V sous lequel se trouvait une paroi kystique, non adhérente à la peau, mais très intimement unie au tendon. Le kyste fut énucléé difficilement. Pendant l'opération son contenu s'est écoulé. Ce dernier était laiteux et contenait des particules en apparence graisseuses, nullement caséieuses. La circonférence de la tumeur mesurait un pouce ; son diamètre était de $\frac{5}{8}$ d'un pouce.

Lors de sa deuxième visite le malade raconte, qu'il y a seize ans il a eu une chute, qui n'a provoqué

aucun désordre. En 1889, c'est-à-dire six ans auparavant le doigt a été écrasé ; il a guéri dans la suite, mais il est resté plus volumineux que normalement. Depuis trois semaines le malade s'est aperçu que la tumeur est devenue douloureuse et enflammée et que son volume augmentait de plus en plus.

D'après le docteur Whitney « la néoformation était un kyste du volume d'une grosse cerise, à surface externe lisse, à surface interne rugueuse et couverte de masses squameuses adhérentes. La paroi kystique avait une consistance ferme. L'examen microscopique a révélé que sa couche externe était formée de cellules épithéliales plus ou moins plates, se transformant successivement en squames lamelleuses. Leur coloration par l'acide picrique et le picro-carmin a démontré qu'elles étaient en voie de transformation en cellules cornées. Diagnostic : kysté épidermique. »

OBSERVATION IV

P. Tikhoff, Kyste épithélial d'un doigt (Medicinskoïe obozrenié, 1895)

Le cas publié par l'auteur se rapporte à un malade, meunier, âgé de 35 ans, portant une tumeur sur la face palmaire de la 3^e phalange du médius de la main gauche. La tumeur s'est développée pendant les 3 derniers mois, sans cause apparente. Le malade ne se rappelle pas avoir subi un traumatisme, mais il ne considère pas cette hypothèse comme inadmissible.

Etat actuel. — A l'endroit sus indiqué on constate une grosseur arrondie, du volume d'un gros pois,

sensible au toucher, assez dure, de consistance presque cartilagineuse. La peau est normale et ne présente aucun phénomène inflammatoire. L'énucléation fut très facile : aussitôt l'incision faite on a constaté dans le fond de la plaie un espace à parois blanches et lisses, dans lequel était logé la tumeur.

Cette tumeur était composée de deux portions distinctes : l'une plus grande, du volume d'un petit pois ; l'autre, plus petite, appliquée à la première. Toutes les deux étaient sphériques, à surface lisse, d'aspect brillant, nacré et de consistance assez dure. Les cavités centrales des deux portions communiquaient par un canal étroit. L'examen microscopique de ces deux tumeurs kystiques, durcies à l'alcool, a révélé ce qui suit. La couche la plus externe de la grande portion présentait à un faible grossissement, une bande étroite plus ou moins épaisse, en fixant fortement les couleurs d'aniline ; à un grossissement plus fort, on voyait qu'elle était constituée par des cellules d'un épithélium stratifié, analogue à la couche de Malpighi. Les cellules périphériques, de forme cylindrique, étaient fortement tassées et avaient de grands noyaux très nets ; au dessous de cette couche on en trouvait une autre, étroite également, se colorant facilement par l'hématoxiline. Elle était formée de cellules fusiformes à granulations multiples, disposées parallèlement à la surface de la tumeur. Plus loin, vers le centre se trouvait une autre couche, plus large, se colorant faiblement par les couleurs d'aniline et composée de petites lames dans lesquelles on voyait des noyaux ronds ou allongés et d'autant plus petits qu'on se rapprochait plus du centre. La partie centrale de la tumeur, assez grande, occupait les $\frac{2}{3}$ de la tumeur, et était remplie en partie par une masse molle. A son centre, cette masse était formée par des

faisceaux concentriques, adhérents ou non aux parois de la tumeur, ne contenant pas de noyaux, sinon vers la périphérie, et fixant avidement le picrocarmin et l'acide picrique. Tout à fait au centre de la tumeur était un globe, rappelant un globe épidermique, qui se colorait très vivement par l'acide picrique et le picrocarmin. Il n'y avait aucune trace de cristaux d'acides gras.

La structure de la petite portion était absolument analogue à celle de la grande.

OBSERVATION V

P. Tikhoff. Kyste épithélial des doigts. (Medicinskoïe Obozrénie, 1896, T. XLVI, p. 15.)

Un ouvrier, âgé de 26 ans, s'est piqué à la main il y a 10 mois. Une tumeur indolente s'est développée à l'endroit piqué et a évolué pendant 3 mois, sans gêner le malade en quoi que ce soit. A l'examen on a trouvé sur la paume de la main droite, au niveau de la tête du 4^me métacarpien une tumeur arrondie, siégeant dans les téguments et se déplaçant avec les mouvements de la main. Les téguments au-dessus de la tumeur étaient normaux et ne présentaient qu'une petite dépression, trace de l'ancienne piqûre. Le néoplasme fut énucléé à la cocaïne. Son aspect extérieur était le même que celui de la tumeur, décrite plus haut. Cependant, sur une des faces de la tumeur se trouvait un petit appendice du volume d'un grain de mil, qui y adhérerait fortement. La cavité kystique était remplie d'une masse mollassse, composée d'un

grand nombre de squames brillantes et de quelques particules de couleur brun-rouillée. Au microscope on a trouvé le tableau ordinaire d'un kyste épithélial, à stratum granulosum très marqué.

OBSERVATION VI

P. Tikhoff. Kyste épithélial des doigts. (Medizinskoïe Obozrenié, 1896, T.XLVI, p. 15).

Chez un malade âgé de 20 ans une tumeur siégeant sur la paume de la main gauche, à la base des 4^{me} et 5^{me} métacarpiens s'est développée 6 mois après un abcès, probablement consécutif à un traumatisme. Cette tumeur gênante uniquement par sa localisation fut extirpée à la cocaïne. Elle avait le volume d'une cerise et rappelait par son aspect extérieur la néoformation décrite dans le 1^{er} cas. Au microscope on a trouvé un kyste épithélial ordinaire, mais cependant il y avait là quelques particularités intéressantes et notamment celles-ci. Le tissu cellulaire contenait à la périphérie de la tumeur un assez grand nombre de glomérules et de canaux de glandes sudoripares, absolument indépendantes du kyste, ce qui démontre que la tumeur siégeait dans les couches toutes superficielles du tissu cellulaire sous-cutané. Dans certains endroits les cellules du stratum granulosum étaient très augmentées de volume et de nombre et formaient des saillies mamelonnées se dirigeant vers le centre de la tumeur ; en même temps la couche cornée était moins développée. Ceci prouve que l'évolution de la tumeur était très rapide. Enfin, dans un endroit on a pu constater un globe épidermique

ce qui s'explique facilement par la kératinisation irrégulière de l'épiderme de la tumeur.

OBSERVATION VII

P. Tikhoff. Kystes épithéliaux des doigts (Medicinskoïé Obozrenié, 1896, T, XLVI, p. 15).

Il s'agit d'un paysan, âgé de 25 ans, chez qui, il y a 8 mois, à la suite d'un traumatisme, une tumeur indolente apparut sur la face palmaire de la première phalange du premier doigt de la main gauche. Cette tumeur se développa rapidement pendant les deux premiers mois ; puis sa marche est devenue moins rapide et peut être même s'est arrêtée complètement. A l'examen on a trouvé dans l'épaisseur de la peau une tumeur de forme allongée, non adhérente à l'os. Les téguments qui recouvraient le néoplasme étaient normaux, un peu tendus. La tumeur d'aspect nacré, brillant, siégeant dans un espace formé par du tissu conjonctif épaissi, a été enlevée à la cocaïne. L'énucléation a été très facile. Le néoplasme avait le volume d'une noix. L'examen microscopique a révélé les lésions suivantes : La couche la plus externe de la paroi de la tumeur était formée par du tissu conjonctif dense, analogue à celui du derme, mais dépourvu de papilles, de vaisseaux, de nerfs et de glandes. Plus en dedans, c'est-à-dire en allant vers le centre de la tumeur on voyait dans le derme une couche de cellules épithéliales, correspondant à la couche de Malpighi.

Au-dessus d'elle on pouvait voir une autre couche, analogue au stratum granulosum et composé

de cellules fusiformes à granulations volumineuses. Au-delà de cette dernière couche se trouvaient des stratifications concentriques formées par des cellules kératinisées, qui remplissaient toute la cavité centrale de la tumeur. Le stratum lucidum qui dans la peau normale se trouve en dehors du stratum granulosum faisait complètement défaut sur les préparations de la tumeur. Par contre on trouvait souvent, dans les couches de l'épithélium, ayant subi la cornification des couches de cellules rappelant celles du stratum granulosum. Quelques-unes des cellules semblaient allongées et contenaient relativement peu de granulations volumineuses. Quant à la couche cornée elle était constituée par des lames disposées concentriquement et ramollies vers le centre de la néoformation.

OBSERVATION VIII

Wörz. Des kystes traumatiques des doigts
(Beitraege zur klinische chirurgie, 1897)

Le nommé N. W..., âgé de 21 ans, reçut il y a un an et demi un coup de marteau sur la face palmaire de la deuxième phalange de l'index de la main droite, sans que le traumatisme provoquât de plaie. Après le traumatisme, un panaris s'est développé spontanément sur le même endroit, qui guérit bientôt après. Mais depuis le doigt est devenu plus dur et plus volumineux.

D'après le malade, l'évolution de la tumeur serait devenue plus rapide depuis 4 semaines. A l'examen

on a trouvé sur la face palmaire du doigt indiqué une tumeur arrondie, du volume d'une grosse cerise, tendue, nettement fluctuante et transparente. La peau était normale et au sommet de la tumeur seulement on voyait une toute petite cicatrice. La transparence de la tumeur portait à croire qu'on se trouvait en présence d'un hygroma.

L'énucléation du kyste, situé dans l'épaisseur du tissu sous-cutané, était des plus faciles. La peau au-dessus de la tumeur était un peu amincie. Les parois kystiques étaient dures et colorées en blanc; le contenu était formé par une masse blanche analogue à la bouillie des kystes sébacés et par un liquide blanchâtre, en quantité de 2 à 3 c/m. Microscopiquement la néoformation avait la structure des kystes épidermiques d'origine traumatique, semblable à celle des kystes sébacés.

Dans ce cas on trouve autour du kyste une mince capsule conjonctive dure et pauvre en noyaux. En dehors de cette capsule on trouve par place des anses vasculaires néoformées, disposées dans un tissu plus riche en granulations; ce dernier contient aussi quelques éléments épithéliaux desquamés, entourés de cellules géantes à noyaux multiples. Le kyste lui-même est constitué par une couche stratifiée de cellules plates, dépourvue de papilles. On ne trouve pas dans la cavité kystique de traces de cheveux, ni de glandes sudoripares ou sébacées. Les noyaux de la couche externe stratifiée des cellules plates se colorent nettement et d'autant moins qu'on se rapproche du centre du kyste. Ces cellules se transforment successivement en allant vers le centre en cellules cornées.

Le revêtement des kystes formés par des cellules plates kératinisées atteint par places l'épaisseur de plusieurs millimètres.

OBSERVATION IX.

Wörz. — Des kystes traumatiques des doigts
(Beitraege zur klinische chirurgie, 1897).

Le malade s'est piqué, en février 1895, avec une fourchette à l'index de la main droite.

Une petite tumeur kystique du volume d'une cerise s'est développée à l'endroit piqué.

Elle fut enlevée le 14 octobre 1896.

OBSERVATION X

Communiquée par M. Henke (Beitraege zur
klinische chirurgie, 1897).

Une ouvrière, âgée de 20 ans, se fit en travaillant une plaie à la main gauche. La guérison en était lente, mais au bout de six à sept semaines, la plaie s'est bien cicatrisée. Près d'un an plus tard, une tuméfaction dure et douloureuse s'est déclarée au niveau de la cicatrice. La paume de la main gauche présente un épaississement du volume d'une fève, superficiel, dur, semblable à un durillon. Sur les téguments, on voit l'ancienne cicatrice.

La pression sur la tumeur provoque une douleur.

A l'opération, on a trouvé que la tumeur pénétrait à un demi centimètre de profondeur.

Sous la peau épaissie, on a trouvé une formation kystique à contenu muqueux.

Les parois du kyste avaient la structure d'un durillon.

OBSERVATIONS XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI

Truka. Un siège rare des kystes sébacés (Centralblatt für Chirurg, 1898, n° 6, p. 164)

L'auteur a observé, en 1896, cinq cas de tumeurs arrondies, du volume d'une noisette, de consistance cartilagineuse, immobile, situées sur la face palmaire de la deuxième phalange du médius ou de l'annulaire. Ces tumeurs, à parois épaisses, fortement adhérentes aux gaines tendineuses sous-jacentes, présentaient la structure typique des kystes sébacés. En 1897, l'auteur a encore observé un nouveau cas de ce genre. Toutes ces observations ont été faites sur des soldats. Les détails manquent.

OBSERVATION XVII

Roelen. Des kystes épidermiques traumatiques (Centralblatt für Chirurgie, 1898, n° 6, p. 165)

Une servante, âgée de 35 ans, remarqua sur son annulaire gauche une petite grosseur, qu'elle perça

avec une aiguille, croyant y trouver du pus. Elle ne se rappelle pas avoir eu antérieurement quoique ce soit à cet endroit. Malgré la piqûre, la tumeur ne laissa rien écouler et continua à progresser. A l'examen, on a trouvé à la face palmaire de la première phalange de l'annulaire gauche un épaississement de la peau, dur et tuméfié, sous lequel se faisait sentir un petit tubercule. La tumeur, non fluctuante, présentait à son sommet une petite dépression. L'énucléation faite, on a constaté que la néoformation était blanche, dure, entourée d'une capsule, et qu'elle pénétrait jusqu'à 1/2 centimètre dans la profondeur des tissus.

L'examen fait quelques jours plus tard a démontré qu'elle était constituée par des fibres, qui se détachaient facilement avec une pince et qui étaient formées de cellules épithéliales plates. Sur la première coupe verticale, on n'a constaté aucune cavité. Sur la préparation de la capsule, on a pu voir des cellules isolées à noyaux multiples.

OBSERVATION XVIII

Roelen. Des kystes épidermiques traumatiques (Centralblatt für Chirurgie, 1898, n° 6, p. 165)

Le nommé O..., S..., âgé de 18 ans, prétend avoir eu il y a à peu près un an, sur la face interne de l'annulaire de la main droite, un abcès, qu'il a percé lui-même avec une aiguille. Une petite grosseur, qui s'est développée dans la suite au même endroit, alla en augmentant de volume de plus

en plus. A l'examen, on a trouvé une tumeur de consistance élastique, nettement fluctuante, douloureuse, mobile sur les parties sous-jacentes, recouverte par une peau épaissie, et présentant une petite cicatrice. Enucléation. La tumeur était formée par une capsule blanche, dure, composée de lames concentriques et par un contenu épais blanchâtre. L'examen microscopique n'a pas été fait.

OBSERVATION XIX

Morris. — Kyste congénital de la main. — New-York, *Médical Journal* 1897, p. 264).

Le docteur Morris rapporte un cas de ce genre. Le kyste avait son siège sur la paume de la main, près de l'éminence thenar. Il s'est développé lentement dans le courant des 13 dernières années. Deux mois auparavant deux collections se sont formées sur la face opposée de la main. Le volume du kyste est un peu plus grand que celui d'un œuf de pigeon et renferme une substance d'un blanc d'œuf. Les autres détails sont défaut.

OBSERVATION XX (personnelle)

D..., employé de poste, 65 ans, est entré au mois de mars 1899, dans le service de M. le Docteur Ch. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine.

Antéc. hérédit. — Père, mort d'un cancer de l'estomac.

Antéc. personnel. — Rien autre qu'un anthrax au cou il y a 10 ans et des douleurs rhumatismales aux 2 épaules, pour lesquelles il a été soigné il y a 8 ans à Necker. Ces douleurs reparaissant il revient demander avis à leur sujet ; il montre en même temps une petite tumeur qu'il porte à un doigt et dont il désire être débarrassé. Cette tumeur a commencé à paraître sous forme d'une petite saillie grosse comme un pois il y a au moins 8 mois et cela sans aucune cause appréciable. Il paraît être certain que le début du mal ne peut être rattaché à un traumatisme quelconque. Elle siège à la face antérieure (palmaire) de la deuxième phalange de l'annulaire de la main gauche, elle occupe toute la hauteur de cette phalange, débordant légèrement sur les faces latérales des doigts. Son volume est celui d'une poisette ou d'une grosse dragée, de forme régulière, arrondie ou plutôt légèrement élipsoïde ; elle est recouverte d'une peau absolument saine, tendue à sa surface, adhérente, mais non fusionnée avec la masse sous-jacente. Sa consistance est ferme, avec sensation manifeste de fluctuation.

Légèrement mobile sur les parties profondes elle est absolument indépendante des tendons fléchisseurs et de sa gaine ; les mouvements de la phalange ont toute leur intégrité. Aucunement douloureuse, spontanément ni à la pression, elle ne trouble la fonction de la main que par son volume et par le siège qu'elle occupe. Le malade en effet, occupé à l'envoi des dépêches par tubes pneumatiques est continuellement appelé à ouvrir ou à fermer les appareils ; la présence de cette tumeur à la face interne de la main est pour lui cause de gêne et de maladresse. C'est pour cette raison seule qu'il demande à être opéré.

Le diagnostic porté par M. Monod est celui du kyste sans qu'il lui soit possible d'en juger la nature et l'origine.

Opération le 22 mars à la cocaïne.

Incision longitudinale parallèle à l'axe du doigt. A peine la peau très amincie qui recouvre la tumeur est-elle coupée que l'on constate que le kyste est ouvert du même coup. Il s'en échappe une masse gélatineuse, d'aspect mellicierique, absolument semblable au contenu d'un kyste sébacé vulgaire.

La tumeur vidée, il est facile de disséquer et d'extraire la paroi kystique sans ouvrir la gaine des fléchisseurs. Cette paroi kystique, blanche nacrée, a elle aussi, l'aspect bien connu des parois d'un kyste sébacé. Pas de trace de poils ni dans le contenu, ni sur les parois, Réunion par trois crins de Florence, sans drainage. Guérison par première intention. Le doigt conserve tous les mouvements.

L'examen histologique que M. le docteur Macaigne a eu l'obligeance de nous communiquer, révèle les points suivants :

La paroi du kyste se montre constituée de dehors en dedans : 1° par une couche de tissu conjonctif en faisceaux minces faisant suite à une deuxième couche d'épithélium pavimenteux stratifié. Celle-ci forme une bande régulière constituée par plusieurs lits de cellules plates à noyaux ovoïdes, rapprochées les unes des autres et présentant manifestement les caractères des cellules de l'épiderme aplati. 3° Une troisième couche, la plus interne du kyste n'est pas la transformation des cellules épidermiques. Ce sont des cellules polygonales plates dont le noyau ne se voit plus et qui se colorent d'une manière uniforme par le picro-carmin. Par places ces cellules se réunissent et

forment comme des feuillets à des dispositions concentriques comme cela se voit dans les kystes épidermiques. Il n'y a sur la coupe aucune trace des glandes ni des follicules pileux. Et dans l'examen par frottis de la matière grasse du kyste on ne voit pas les formes cellulaires plates sans noyaux et aucune formation pileuse. Donc la paroi du kyste est purement épidermique doublée d'un mince anneau fibreux.



CONCLUSIONS

Dans le cours de ce travail nous avons pris l'habitude de résumer chaque chapitre, en formulant des conclusions qui s'y rattachent. Nous n'avons donc maintenant qu'à les réunir ici.

I. — Le terme, couramment employé : *kystes épidermiques* est défectueux ; il y aurait un réel avantage de lui substituer celui de *kystes épithéliaux à contenu sébacé*.

II. — Tous les kystes dits épidermiques ne sont pas toujours, il s'en faut, d'origine traumatique ; il existe un certain nombre de ces kystes dont l'étiologie ne peut être rapportée à un traumatisme quelconque. Parmi ceux-ci les uns sont assurément des kystes dermoïdes congénitaux ; les autres le sont probablement aussi, mais il est impossible, jusqu'à nouvel ordre, de l'affirmer avec certitude.

III. — Un seul et même processus pathogénique : l'inclusion d'une partie de l'épiderme dans les tissus profonds, préside à la genèse de tous les kystes des doigts. Les facteurs initiaux seuls diffèrent. C'est tantôt un traumatisme avec plaie, tantôt un trouble du développement embryonnaire,

IV. — Le diagnostic de ces tumeurs n'est pas toujours aisé ; assez souvent il ne devient possible qu'à l'aide d'une ponction exploratrice.

V. — Le pronostic est bénin ; le seul traitement rationnel, efficace et inoffensif est l'extirpation complète au bistouri.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Lebert. Traité d'anat. patholog. générale et spéciale, Paris, 1857.

Rizet. — Bullet. méd. du Nord. 1866.

Murron. — Bullet. Soc. Anat. de Paris, 1868.

Doormal. — Grâfe Arch. f. Augenth, 1873, III, p. 359.

Gillette. — Gazette des hôpitaux, 1875, p. 854.

Pauly. — Gaz. hebdom. de méd. et Chirurgie, 1875, n° 31.

Cosson. — Etude générale sur quelques tumeurs de la paume de la main et des doigts, Thèse de Paris, 1879.

Gironde. — Lyon Médical, 1879,

Demay. — Etude clinique et histologique des certaines tumeurs de la main, Thèse de Paris, 1880.

Troquart. — Journal de Médecine de Bordeaux, sept. 1881, n° 6, p. 52.

Gibier. — Bullet. Soc. An. de Paris, 1881, p. 161.

Rizet. — Gazette des hôpitaux, 1881, n° 95, p. 755.

Kuster. — Ein chirurg. Triënnium Kassel und Berlin, 1882, p. 254.

Charasse. — Revue Médic. de l'Est, janv. 1883.

Poland, Savage, Godlee, W. Hulke. — The British medical journal, 1883.

Micault. — Tumeurs perlées des doigts, Thèse de Nancy, 1883.

Nicaise. — Congrès pour l'avancement des sciences françaises, Rouen, 1883.

G. Harvey. — British. Medic. journ., janv. 1884, n° 1, p. 10.

Kauffmann. — Archiv. f. path. an., etc., 1884, Bd. X Z V II, p. 236.

Polailion. — Union médic., 1884, p. 142.

Gross. — Contribution à l'étude des tumeurs perlées, Paris, 1885.

Guermonprez. — Revue méd. franç. et étrang. de Paris, 11 juill. 1885.

— *et Toison.* — Journal des Sc. méd. de Lille, 5 juill. 1885.

Lallite. — Des kystes dermoïdes des doigts, Thèse de Nancy, 1885.

Barker. — Path. Soc. of London, nov. 5 thd 1885.

Guermonprez. — Kystes des doigts, Paris, 1886.

Poulet. — Bull. et Mémoires de la Soc. chirurg. de Paris, t. XII, 1886, p. 460.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886.

Masse. — Kystes, tumeurs perlées et kystes dermoïdes de l'iris, Paris, 1886.

Schweninger. — Charité Annalen XI, 1886.

Reverdin. — Des kystes épidermiques des doigts,

Revue de la Suisse romande, 1887, mars et avril.

Villar. — Bull. Soc. Anat. de Paris, 15 avril et 7 octobre 1887.

Franke. — Arch. f. Clin. chir. Bd. 34, 1887.

Darier. — Bullet. Soc. An. Paris, 1887, p. 232.

Verchère. — Bullet. Soc. An. Paris, 1887, p. 526.

Kauffmann. — Virchow's Arch. Bd 107, 1887.

Jonnesco. — Bullet. Soc. An. Paris, 1888, nov. p. 940.

Toupet. — Bullet. Soc. An. Paris, 1888.

Reboul. — Bull. Soc. An., Paris, 1888.

Verchère. — Bullet. Soc. An., Paris, 1889, p. 46.

Villar. — Ibid.

Darier. — Bullet. Soc. An., Paris, janv. 1889.

D. Molière et Poncet. — Soc. méd. de Lyon, mai, 1889.

Reverdin. — Revue de la Suisse romande, 1889, p. 87.

Jacquet. — Epith. kystique de la peau. Congr. Dermatol, Paris, août 1889.

Labougle. — Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épiderm. de la main. Thèse de Bordeaux, 1889.

Rollet. — Gaz. hebdom. de Médecine et de Chirurgie, 1889.

Franke. — Wien. klinisch. Wochensch, 1890, n° 36.

Franke. — Virchow's Archiv. Bd. 121, 1890.

Weil. — Wiener Méd. Blatter, 1890, n° 11.

Weil. — Centralblatt für chirurg., 1890, n° 32.

Kummer. — Société de chir., 1890, nov., p. 745.

- Laurent.* — Gaz. médicale de Paris, 1890.
Chiari. — Zeitschr. f. Heilkunde, 1891, Bd. XII.
Kummer et Chriastini. — Revue de chirurgie, p. 670, août 1891.
Bland-Sutton. — Implantat. kyst., of an ox. pathol. Soc. of London, 1^{er} déc. 1891 in Britis. Méd. 1891, t. II, p. 1276.
Audry. — Provence méd. 1891, p. 498.
Jonhson. — Pathol. soc. of London, 1892.
— In the Lancet, T. II, 1892, p. 1408.
Péaire. — Revue de chirurgie, 1892, p. 874-885.
Labougle. — Tribune médicale, 1893, p. 410.
Tillaux. — Cliniques chirurgicales, publiées et rédigées par M. Thiéry, 1894, Paris.
René Le Fort. — Revue de chirurgie, 1894, n° 12, p. 1013.
Garré. — Dermat. zeit., 1894.
Finger. — Wiener méd. Blätter, 1894.
Labougle. — Archiv. méd. militaires, 1894, p. 47.
Arthur Lucas. — Tumeurs néoplasiques des doigts. Thèse de Paris, 1894.
Arthur Lucas. — Arch. génér. de méd. 1894-95.
Franke. — Deut. zeit. f. chir. Bd. 40, 1895.
Briggs. — Boston M. et S. jour., 1895.
Blumberg. — Deutsch. zeit. f. chirur. Bd. 38, 1895, p. 605.
Bland Sutton. — The Brit. Med. jour., 1895, p. 463.
Tikhoff. — Medicinskoé Obozrenié, 1895, p. 635.
Gaston de Manny. — Kystes épidermiques, etc. Thèse de Paris, 1895.
Thomas. — Liverp. M. et S. jour. 1895.

Ribbert. — Deut. Med. Wochen, 1895.

Bohm. — Centralbl. f. chir., 1896, p. 781.

— Wirchow's Arch., Bd. 144, 1896, p. 276.

Tikhoff. — Medicinskoé Obosrenié, 1896, p. 15.

Wor. — Beietrage zur klin. Chir. Tubing, 1897.

Moris. — New-York, M. J., 1897.

Kosch. — Wirchow's Arch. Bd. 9.

Ribbert. — Deutsch Zeitsch. f. Chir., Leipzig,
1898.

Franke. — Centralblatt f. Chirurg. Leipzig, 1894.

Trnka. — Centralblatt f. Chir., Leipzig, 1898.

Roelen. — Centralbl. f. Chir., Leipzig, 1898.

